Spett.le Te. Sa. Energy srl

85100 Potenza - Via Alberobello 7

Tel. 097125938

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_)

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_) via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n°\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

P.IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero di Posizione INPS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titolo di Studio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso a partecipare alle selezioni per la partecipazione al Corso **“PROGETTAZIONE E GESTIONE DI UN NOCCIOLETO PER UN’AGRICOLTURA SOSTENIBILE”** di ore 80 a valere sulPSR Basilicata 2014-2022 – Approvazione Bando “Misura 1 - Sottomisura 1.1 - Sostegno per azioni di formazione professionale e acquisizione di competenze. Anno 2024”, di cui alla Delibera Regionale del 18 aprile 2024, n.317. Atto di concessione del sostegno n. 41-4425012071- CUP G34D25001200009.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n°445, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ex art. 75 del medesimo D.P.R, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

꙱ Di essere imprenditore agricolo con sede legale e/o operativa in Basilicata;

꙱ Dipendente di impresa agricola;

꙱ Coadiuvante agricolo;

꙱ Coadiuvante familiare, purché iscritto all’Inps;

La/il sottoscritta/o, dichiara inoltre, di essere a conoscenza della possibile esecuzione di controlli sulla veridicità di quanto dichiarato, ai sensi dell’art. 71 del D.P.R. 445/2000.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del Codice in materia di protezione dei dati personali *(D. Lgs. 196/2003)*.**

Il/La Sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorizza al trattamento dei dati personali, anche con strumenti informatici, nel rispetto della vigente normativa e dei principi di correttezza, liceità, trasparenza e riservatezza..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Si allega documento di riconoscimento.**

Luogo e data *Firma per esteso del dichiarante*